



## A OFENSIVA DO CAPITAL E A NECESSÁRIA DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA E ESTATAL

The capital offensive and the necessary defense of public and state health

**Maria Valéria Costa Correia\***

 <https://orcid.org/0000-0002-0372-7251>

### RESUMO

O artigo tem como objetivo refletir sobre a incompatibilidade da consolidação do SUS enquanto sistema público e universal baseado nas necessidades em saúde, e sua relação direta com o setor privado de natureza mercantil. A partir da pesquisa bibliográfica e documental, demonstra como nessa relação, o setor privado se apropriou do fundo público e, com apoio estatal, exponenciou sua lucratividade, no período neoliberal e no pós-golpe de 2016, com a proeminência de entidades representativas do setor empresarial da saúde, fortalecendo seu projeto como hegemônico. Conclui propondo o resgate das posições originárias do movimento da reforma sanitária nos anos 1980 de antagonismo à mercantilização da saúde e de defesa de sua estatização, com a força mobilizadora que os coletivos que representam as classes subalternas têm para construir uma nova hegemonia, em um cenário em que a população vai precisar cada vez mais do Sistema Único de Saúde (SUS).

### PALAVRAS-CHAVE

Saúde. Relação público e privado. SUS. Privatização. Hegemonia.

### ABSTRACT

The article aims to show the incompatibility between the consolidation of the SUS as a public and private universal system based on health needs, and its direct relationship with the private sector of a mercantile nature. Based on bibliographic and documental research, it demonstrates how in this relationship, the private sector appropriated the public fund and, with state support, increased its profitability, in the neoliberal period and in the post-coup of 2016, with the prominence of representative entities of the sector, health business imposing its Project as hegemonic. It concludes by proposing the rescue of the original positions of the sanitary reform movement in the 1980 of antagonism to the commercialization of health and the defense of its nationalization, with the mobilizing force that the collectives that represent the subaltern classes have to build their hegemony, in a scenario in which the population will increasingly need the SUS.

---

\* Assistente social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE, Recife, Brasil). Professora da Faculdade de Serviço Social e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (UFAL, Maceió, Brasil). E-mail: [mvcc@fsso.ufal.br](mailto:mvcc@fsso.ufal.br)

DOI 10.22422/temporalis.2022v22n43p72-89



© A(s) Autora(s)/O(s) Autor(es). 2022 **Acesso Aberto** Esta obra está licenciada sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)), que permite copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato, bem como adaptar, transformar e criar a partir deste material para qualquer fim, mesmo que comercial. O licenciante não pode revogar estes direitos desde que você respeite os termos da licença.

**KEYWORDS**

Health. Public and private relationship. SUS. Privatization. Hegemony.

**Introdução**

**A** ofensiva dos interesses do capital sobre a natureza e sobre todas as dimensões da vida tornou o caráter destrutivo das relações sociais capitalistas mais explícito durante a pandemia. Ele está na raiz do surgimento do novo coronavírus, pela devastação da natureza, e nas medidas retardatárias de contenção da propagação da Covid-19 em função do lucro, resultando em milhares de mortes evitáveis.

No Brasil, a situação da pandemia foi agravada pelo governo autoritário, negacionista e antivacina que não enfrentou a Covid-19, pelo contrário, colocou em ação “uma estratégia institucional de propagação do vírus [...] sob a liderança da Presidência da República”, conforme apontam os estudos da pesquisadora Deisy Ventura<sup>1</sup>. Não fosse a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), a tragédia da pandemia no País teria sido muito pior.

No contexto de crise sanitária e econômica, a população brasileira precisará cada vez mais do SUS para atender às sequelas deixadas pela Covid-19; às doenças agravadas pelo represamento de cuidados durante a pandemia; e para responder ao aumento dos adoecimentos, inclusive mentais, devido ao crescimento da fome, do desemprego e da miséria sem falar nos riscos de novas pandemias ocorrerem, como alerta a Organização Mundial de Saúde.

O SUS é uma conquista do povo brasileiro, fruto de lutas sociais, e por décadas foi estruturado numa grande e importante rede de serviços em todo o extenso território brasileiro. Em média, 75% da população usa exclusivamente o SUS. Entretanto, ele vem sendo privatizado e desmontado, seus trabalhadores(as) vêm sofrendo precarização de vínculos, salários e condições de trabalho. A ofensiva do capital sobre o maior sistema público do mundo, por meio da captura do fundo público, desde as contrarreformas da segunda metade da década de 1990, e sua submissão aos interesses do mercado privado da saúde, principalmente a partir do golpe de 2016, exigirão mais lutas sociais por parte dos sujeitos coletivos que representam as classes subalternas para manter o caráter público e universal do SUS.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo expor a relação entre o setor público e o privado na constituição do SUS e nos entraves para sua consolidação enquanto sistema público, universal e de qualidade. Apresenta a incompatibilidade da consolidação do SUS em sua constante articulação com o setor privado de natureza mercantil para a realização de serviços públicos de saúde. Numa perspectiva histórico-dialética, parte do resgate dos

---

<sup>1</sup> Estudo realizado pelo Centro de Pesquisas e Estudos de Direito Sanitário da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em articulação com a Conectas Direitos Humanos, que se dedicam a coletar e analisar normas federais e estaduais relativas ao coronavírus, produzindo o boletim *Direitos na Pandemia – Mapeamento e Análise das Normas Jurídicas de Resposta à Covid-19 no Brasil*, lançado em janeiro de 2021.

pressupostos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) consensuados, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), de estatização progressiva do SUS, e analisa o processo de privatização progressiva da saúde pública, nos anos seguintes, a partir dos estudos acumulados pelo grupo de pesquisa e extensão Políticas Públicas, Controle Social e Movimentos Sociais (PPGSS/Ufal), e por meio de fontes secundárias. Avalia a proeminência da agenda do setor empresarial da saúde nos governos Temer e Bolsonaro, inicialmente a partir de uma ampla pesquisa nos documentos disponíveis nos sites de duas entidades representativas do setor, a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) e o Instituto Coalizão Saúde (ICOS), selecionadas para o estudo pela destacada atuação junto aos governos, no período de 2015 a 2021, e pela vasta produção de documentos analíticos e propositivos sobre a política de saúde brasileira.

Em seguida, a partir da análise de leis, decretos e resoluções do Ministério da Saúde e do Governo Federal, verificou-se como se deu a absorção da agenda empresarial pela política de saúde. Este artigo tem como eixo de análise a correlação de forças entre as classes sociais para impor seu projeto na sociedade, especialmente no âmbito da saúde. Os pressupostos teóricos de análise estão embasados na concepção de hegemonia<sup>2</sup> de Gramsci.

O artigo está dividido em três partes: a primeira resgata os pressupostos do MRSB consensuados na 8ª CNS, de 1986, na qual se construíram consensos para as bases políticas e organizacionais do novo sistema público de saúde a ser defendido na Constituinte e assegurado na Constituição de 1988. A segunda aborda o SUS no contexto neoliberal de contrarreformas para atender à crise do capital, e como, na sua relação com o setor privado, este exponenciou seu parasitismo sobre o SUS e sua lucratividade. A terceira parte apresenta, a partir da pesquisa documental, como o setor empresarial fortaleceu e unificou seus aparelhos privados de hegemonia (APHs) para impor sua agenda liberal, travestida de social, a fim de conquistar consensos para seu projeto de dominação da sociedade e ganhar proeminência nos governos ultraneoliberais a partir do golpe de 2016.

Na conclusão, propõe que a radicalidade do MRSB na defesa do SUS estatal sem conciliação com o setor privado, cujos interesses mercantis são incontrolláveis e incompatíveis com o projeto de saúde pública baseado nas necessidades em saúde da população, retorne para a agenda de lutas cotidianas dos setores organizados na sociedade civil que representam os interesses das classes subalternas, arregimentando forças em torno de um projeto emancipatório por uma nova hegemonia.

---

<sup>2</sup> Hegemonia é um conceito central no sistema de Gramsci. Segundo Dias (1996), é a capacidade que uma classe fundamental (subalterna ou dominante) tem de construir sua visão de mundo própria sobre o conjunto da sociedade. O processo de formação de consensos acontece por meio dos aparelhos privados da sociedade civil. Gramsci afirma que uma hegemonia é política e econômica, pois, “se a hegemonia é ético-política, não pode deixar de ser também econômica, não pode deixar de ter seu fundamento na função decisiva que o grupo dirigente exerce no núcleo decisivo da atividade econômica” (GRAMSCI, 2000, p. 48).

## **A relação entre o setor público e o privado na saúde na construção do SUS: impasses para a estatização progressiva**

A institucionalização do SUS foi fruto de lutas de classes, a partir de uma forte correlação de forças entre os setores progressistas da sociedade, esquerda e centro-esquerda, capitaneados pelo MRSB, que representava os interesses das classes subalternas, e o setor privado da saúde, que representava o empresariado, desde o final dos anos de 1970. Esse Movimento buscava um projeto contra-hegemônico na saúde, avesso à hegemonia do modelo “médico-assistencial privatista” (MENDES, 1994) do sistema previdenciário consolidado no período da ditadura empresarial militar (CORREIA, 2018).

O alinhamento da saúde aos interesses do capital por dentro do setor previdenciário ocorreu durante a ditadura empresarial-militar, contexto em que o capital financeiro, sob condições monopolísticas, passou a determinar as ações do Estado brasileiro. Esse alinhamento deu-se por meio da implementação de um complexo médico-industrial, que beneficiou empresas internacionais de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; e através da compra de serviços médicos privados, que proporcionou o crescimento das empresas médicas lucrativas (CORREIA, 2015).

O MRSB confrontou-se com a privatização da medicina previdenciária, consolidada pela autocracia burguesa. Opôs-se à regulação da saúde pelo mercado, pondo em xeque a tendência hegemônica de prestação de assistência médica como fonte de lucro. Preconizou um modelo de assistência à saúde que levasse em conta a determinação social do processo saúde e doença, considerando as desigualdades e os antagonismos classistas ao remetê-lo às condições concretas de reprodução dos trabalhadores, politizando o conteúdo da intervenção nesse campo (MEDEIROS, 2008).

A 8ª CNS foi estratégica para a articulação de propostas e para as mobilizações do projeto de reforma sanitária, tendo como etapa importante um Sistema Único de Saúde. Nessa Conferência, o debate sobre a relação entre os setores público e privado foi central: o setor privado/filantrópico seria complementar ou não ao sistema público de saúde? Esse sistema seria estatizado? Na sua plenária final, decidiu-se pela complementaridade do setor privado ao setor público, diante da insuficiência da rede pública instalada para atender a ampliação da demanda com o propugnado acesso universal à saúde. “A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público” (BRASIL, 1986, p. 2) e foi aprovada “como meta uma progressiva estatização do setor” (BRASIL, 1986, p. 12). Para alcançar esse objetivo defendeu-se a exclusividade da alocação do Fundo Público no Setor Público Estatal. Outro ponto crucial foi a defesa de que o setor privado deveria ser subordinado ao Estado e sujeito à expropriação dos estabelecimentos, nos casos de desobediência às normas definidas pelo setor público.

A “saúde como direito de todos e dever do Estado” foi a grande conquista na Constituição de 1988. Entretanto, a radicalidade no enfrentamento ao setor privado, resultante das decisões da 8ª CNS, perdeu forças, pois a assistência à saúde ficou livre à iniciativa privada,

e as instituições privadas estabeleceram-se como complementares ao SUS. Essa foi uma vitória da ação política do empresariado da saúde na Constituinte, sob a liderança da Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, vinculada à Confederação Nacional do Comércio, segundo Ialê Falleiros (*apud* MATHIAS, 2016). Contudo, de acordo com a autora, essa Federação perdeu outras pautas de seu interesse, como a disponibilização pelos governos de recursos públicos para o atendimento médico-hospitalar sem distinção entre setor público e privado. Os empresários da saúde rejeitavam o SUS e defendiam um “sistema nacional de saúde” que integrasse o setor público e o privado, pauta que seria retomada anos depois, como será abordado mais adiante. Essas disputas expressaram a correlação de forças entre as classes para impor seus interesses. Dois projetos estavam em disputa, como aponta Bravo (2006): o projeto da reforma sanitária e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista.

### **Privatização por dentro do SUS: os modelos privatizantes de gestão e a complementaridade invertida**

A contrarreforma neoliberal, para atender às demandas do capital, exigiu uma mudança no papel do Estado de executor dos serviços públicos para fiscalizador e financiador, apoiando todas as formas de o setor privado expandir a oferta de serviços, fora e dentro do SUS.

Nesse sentido, destaca-se o avanço dos interesses privados sobre o SUS, desencadeando movimentos para a privatização progressiva. O SUS se estrutura e se expande no contexto em que o Estado implementa as contrarreformas para atender às necessidades do grande capital, por meio de ajustes neoliberais, alimentando o processo de financeirização do capital. Essa realidade, somada aos referidos precedentes legais na Constituição de 1988, resultou na expansão dos interesses do capital na área da saúde, no livre mercado e por dentro do SUS.

A contrarreforma do Estado brasileiro foi coordenada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), nos governos de Fernando Henrique Cardoso, e absorveu na íntegra a agenda do Banco Mundial para a saúde, segundo a qual o Estado, como regulador, deveria concentrar esforços apenas no financiamento e no controle desses serviços em vez de oferecê-los diretamente. A criação de um terceiro setor “público não estatal” foi o canal de expansão dos interesses privados por dentro do setor público.

A gestão das políticas sociais foi repassada para modalidades de gestão não estatais através de contratos de gestão e parcerias, quais sejam: Organizações Sociais (OSs) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs). Trata-se de uma privatização não clássica, por dentro do SUS, fortalecendo o setor privado na oferta de serviços de saúde, mediante repasse do fundo público.

As OSs se propagaram na área da saúde em todos os estados brasileiros a partir de 2010. O documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as OSs no país”, elaborado pela Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), apresenta um relatório

analítico dos prejuízos trazidos à sociedade e aos trabalhadores pela implantação das OSs na área da saúde (FNPCS, 2010).

Os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e de Dilma Rousseff deram continuidade à implementação dos modelos privatizantes de gestão para as políticas sociais. Em 2007, foi proposta a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, pelo Projeto de Lei Complementar nº 92. Em 15 de dezembro de 2011, foi sancionada a Lei nº 12.550, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma Empresa pública com personalidade jurídica de direito privado. Apesar das diferenças internas entre os referidos modelos de gestão, eles têm a mesma natureza de repasse do fundo público para entidades de direito privado, flexibilizando os direitos trabalhistas e privatizando o que é público (CORREIA, 2011). Para impedir esses modelos privatizantes de gestão, destacam-se as lutas da FNPCS.<sup>3</sup> Observa-se que as contrarreformas implementadas ininterruptamente desde o governo Collor dificultaram na política de saúde a implementação dos pressupostos da reforma sanitária consensuados na 8ª CNS. Em vez de progressiva estatização, aconteceu a progressiva privatização. Segundo Raquel Soares (2020), houve, em contrapartida, uma flexibilização dos princípios político-emancipatórios do movimento da reforma sanitária presentes nos anos 1980 e 1990.

As antigas lideranças desse movimento, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS, passaram a defender o projeto SUS possível. A autora aponta que “problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas [PPPs] para gerir a saúde” (SOARES, 2020, p. 22). Maria Inês Bravo (2013) denomina a inflexão desse movimento, nos anos 2000, de reforma sanitária flexibilizada.

A atuação do Estado para favorecer a captura do fundo pelo setor privado também tem se dado por dentro do SUS por meio da contratualização de serviços hospitalares, caracterizando a complementaridade invertida. A brecha constitucional que estabelece a complementaridade do setor privado ao setor público permitiu a permanência e ampliação do padrão de compra de serviços privados, próprio do modelo da previdência durante a ditadura empresarial-militar (CORREIA, 2015, p. 75).<sup>4</sup>

### **Crescimento do mercado privado da saúde com apoio estatal**

A expansão do setor privado no livre mercado com apoio do Estado tem promovido o subfinanciamento do SUS, pois os recursos de deduções e subsídios fiscais ao setor privado

---

<sup>3</sup> Para conhecer mais sobre a FNPCS, acesse: <https://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>.

<sup>4</sup> A partir da análise dos dados do DataSUS/Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), sobre o montante de recursos público destinado aos procedimentos hospitalares de média e alta complexidade, Correia, Santos e Silva (2015) mostram que, em 2010, 57% desses recursos foram destinados ao setor privado/filantrópico. Entre 2011 e 2014, permanece constante um percentual de 56% repassado para o referido setor, mediante contratualização dos serviços. Entre os anos de 2015 e 2018, a média é de 57%. Em 2019 esse percentual é ultrapassado e chegou a 59%, em detrimento dos 41% aplicados no setor público (CORREIA; SILVA, 2021, p. 84).

poderiam compor o fundo público da saúde. Esse apoio tem se dado no financiamento de planos privados de saúde para os servidores públicos e empregados estatais, dos subsídios e isenções fiscais às empresas, e pela isenção fiscal de pessoas físicas, ao permitir o desconto integral dos gastos com saúde no imposto de renda. Além dessas vantagens concedidas, identifica-se a isenção de impostos a grandes hospitais privados, como Sírío-Libanês e Albert Einstein, e a emissão de certificação filantrópica às entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, como também a renúncia de arrecadação fiscal da indústria farmacêutica e dos hospitais filantrópicos. Todas essas renúncias fiscais produzem uma soma significativa de recursos que poderiam compor o financiamento da saúde pública, em vez de alimentarem a expansão do mercado privado da saúde.

A ajuda do Estado ao setor filantrópico/privado e à saúde suplementar, por meio de renúncia fiscal, cresceu entre os anos de 2004 e 2015, de acordo com os estudos desenvolvidos por Pamela Alves (2021).<sup>5</sup> A autora demonstra que a renúncia fiscal é um dos principais mecanismos para impulsionar o crescimento da saúde suplementar no Brasil. Além das isenções de impostos, o Estado vem desenvolvendo medidas<sup>6</sup> para fortalecer a rede privada filantrópica e quebrar as barreiras entre o público e o privado, em benefício do mercado privado, em vez de ampliar sua rede própria de serviços.

De acordo com Ocké-Reis e Fernandes (2018), a renúncia de arrecadação fiscal total em saúde quase dobrou entre 2003 e 2015, de R\$ 17,1 bilhões para R\$ 32,3 bilhões, descontada a inflação. Entre os anos de 1995 e 2016, o gasto do Ministério da Saúde manteve-se em 1,7% do PIB, não havendo ampliação na alocação de recursos para a saúde, o que demonstra o subfinanciamento<sup>7</sup> do sistema (MENDES; CARNUT, 2018), que tem sido funcional à expansão do mercado privado da saúde.

Os dados apontam que a intervenção do Estado, seja pelas renúncias fiscais, seja pela regulação via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tem favorecido a expansão da lucratividade da saúde suplementar. O resultado da pesquisa de Ocké-Reis, Martins e Drach (2021) sobre o desempenho econômico-financeiro das operadoras atuantes no mercado de planos de saúde brasileiro, entre 2007 e 2019, constatou que os ativos

---

<sup>5</sup> As isenções fiscais ao setor filantrópico/privado avançaram de R\$ 1,2 bilhão em 2004 para R\$ 3,4 bilhões em 2015. A renúncia fiscal para pessoa física com despesas em planos de saúde e serviços médicos privados no IRPF cresceu de R\$ 625 milhões em 2004, para R\$ 11,9 bilhões em 2015. No mesmo período, a renúncia fiscal também cresceu para as empresas no IRPJ – na dedução de valores relativos à assistência médica, odontológica e farmacêutica prestada a empregados – de R\$ 689 milhões para R\$ 4,3 bilhões (ALVES, 2021, p. 39-40).

<sup>6</sup> Cf. Correia (2015, p. 73-74): Em 2009, foi criado o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Em 2012, a Lei nº 12.715 instituiu o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica. Em 2013, a Lei nº 12.873/2013 criou o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS), concedendo moratória e remissão de suas dívidas na Receita e Fazenda Nacionais.

<sup>7</sup> A EC nº 86/2015, que altera a EC nº 29/2000, modificou a base de cálculo do financiamento federal da saúde, representando a redução gradual dos recursos do SUS.

comandados e os lucros auferidos pelas operadoras líderes (Amil, Hapvida, Notre Dame Intermédica, Unimed Belo Horizonte, Central Nacional Unimed, Bradesco Saúde, SulAmérica e Qualicorp) se expandiram significativamente nesse período. O retorno sobre o patrimônio líquido manteve-se elevado para essas operadoras e chegou a ser três vezes superior à taxa média da economia brasileira para o período: 18% contra 6% do total das empresas financeiras e não financeiras na média de 2008 a 2019. A pesquisa concluiu que “essas empresas tiveram um desempenho econômico-financeiro extraordinário no período analisado, que pode ser associado a uma política regulatória que favoreceu a rentabilidade dessas firmas” (OCKÉ-REIS; MARTINS; DRACH, 2021, p. 14).

Constata-se que a saúde tem sido uma área de valorização do capital e fonte inescrupulosa de lucratividade. A Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, alterou a Constituição para permitir a entrada, antes vedada, de capital estrangeiro na saúde, favorecendo as fusões, a lucratividade e a mercantilização da saúde. Observa-se que a referida expansão do setor privado, nas formas anteriormente destacadas, tem sido implementada ininterruptamente com o apoio do Estado desde o governo FHC. É a partir do golpe de 2016, entretanto, que os empresários da saúde passam a ter proeminência por meio dos seus aparelhos privados de hegemonia empresariais (APHEs),<sup>8</sup> sustentada pela crítica ideológica à cisão entre o público e o privado na política de saúde brasileira, atuando para suplantar o SUS e a força de seu caráter público e universal, e criar um Sistema Nacional de Saúde sem barreiras, sob o comando do setor privado. Esse propósito foi favorecido pelo contexto ultraneoliberal a partir do golpe jurídico-parlamentar-empresarial contra Dilma Rousseff, como será abordado a seguir.

### **A ofensiva do capital na saúde: o protagonismo dos aparelhos privados de hegemonia empresariais nos governos pós-golpe de 2016**

Os APHEs do setor privado da saúde sempre atuaram junto à máquina estatal na busca de fazer prevalecer seus interesses mercantis na política de saúde brasileira. Com uma agenda pública e uma atuação mais organizada e intensa, porém, explicita-se a partir de 2014, ano pré-eleitoral e de crise econômica e política para o governo de Dilma Rousseff. Nesse ano, é criada a Coalizão Saúde, que, num manifesto assinado por Giovanni Cerri e Claudio Lottenberg (2014)<sup>9</sup>, intitulado “A hora e a vez de debater saúde”, apresenta propostas para a saúde aos então candidatos à presidência. Com o mesmo objetivo, a Anahp<sup>10</sup> editou o

---

<sup>8</sup> Rejane Hoeveler (2019), em seu estudo sobre o aparelho privado de hegemonia, expõe que o uso desse conceito, calcado na obra de Gramsci, é parte essencial na compreensão de como funciona a dominação de classe. Virginia Fontes (2020, p. 16) aprofundou suas reflexões acerca dos APHEs, qualificando-os como empresariais, por serem esses tipos de aparelhos criados ou mantidos por empresas ou empresários.

<sup>9</sup> Cerri é diretor da Faculdade de Medicina da USP e membro do Conselho do Hospital Sírio-Libanês. Lottenberg é presidente do Conselho de Administração da biofarmacêutica Biommm, presidente do Conselho da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e do ICOS. Foi secretário de Saúde do estado de São Paulo (2011-2013) e secretário municipal de Saúde de São Paulo (2005). Em 2018, tornou-se dirigente da Amil.

<sup>10</sup> A Anahp, criada em 2001, tem como “missão representar os legítimos interesses de seus hospitais membros, desenvolvendo uma imagem de agregação de valor [...]” (ANAHP, 2014, p. 3).

*Livro Branco Brasil Saúde 2015* (ANAHP, 2014). Tanto o manifesto como o livro fazem uma crítica contundente às “barreiras ideológicas e institucionais” que separam os setores público e privado.

Francisco Balestrin,<sup>11</sup> então presidente da Anahp, em artigo de opinião publicado em 2015 no jornal *O Estado de S. Paulo*, reclama que o Brasil seja “um dos poucos países do mundo” com um sistema de saúde baseado em duas lógicas — a do privado e a do público — que caracteriza a dualidade do sistema de saúde. Balestrin, para quem essa dualidade provém de um “ranço ideológico” na “tentativa maniqueísta de partir a sociedade entre ‘nós’ e ‘eles’”, considera que a gestão direta é ideológica e ideológicos os grupos que defendem o SUS público e estatal. Para ele, a proposta dos empresários não teria viés ideológico, mas uma perspectiva cidadã (BALESTRIN, 2015).

São documentos sagazes para a legitimação, no cenário nacional, do setor privado como defensor do SUS, preocupado com a saúde do cidadão brasileiro. Sua crítica central é às barreiras ideológicas da defesa do SUS público e estatal, que, para o setor privado, constitui-se em um obstáculo a ser superado para a imposição sem travas de seu projeto. Em 2015, o movimento Coalizão Saúde se transforma em Instituto, reunindo representantes da cadeia produtiva do setor: prestadores de serviços, de operadoras de planos de saúde, da indústria farmacêutica e da indústria de materiais e equipamento, entre outros.<sup>12</sup> Destaca-se que compõem o Instituto as operadoras que obtiveram os melhores desempenhos econômico-financeiros no País, já mencionadas.

Para o enfrentamento da crise, a classe dominante não só quer impor formas de dominação na economia, mas apresentar seu projeto de classe como universal, como projeto de toda a sociedade, para obter o consentimento passivo e ativo dos grupos subalternos. Essa classe atua para esvaziar o sentido original dos termos cunhados nas lutas sociais, ressignificando-os e despolitizando-os.

Os liberais da saúde precisavam de um interlocutor coletivo que articulasse todo o setor produtivo da saúde para avançar os interesses mercantis sem qualquer empecilho, vencendo o “excesso de preconceitos”, que são “uma repetição de posições antigas e ideológicas” (CERRI; LOTTENBERG, 2014). Assim, o ICOS consegue articular setores concorrentes no mercado da saúde, superando sua fragmentação interna, constituindo-se em um forte APHE da saúde: “A união de toda a cadeia produtiva para pensar o sistema de saúde do Brasil é um fato inédito e uma oportunidade única.

O ICOS discute e propõe soluções para nosso sistema de saúde público e privado, de forma integrada” (ICOS, 2016a, p. 5). Apresenta seus interesses como universais, mascarando os

---

<sup>11</sup> Balestrin, membro-fundador e da diretoria do ICOS, é presidente do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CBEXs) e foi premiado em 2018 como um dos grandes influenciadores da área da saúde.

<sup>12</sup> Na sua criação, o ICOS congregou 24 empresas, como Johnson & Johnson, Qualicorp, Amil e Unimed Brasil, ao lado de entidades como a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) e as tradicionais Confederação Nacional de Saúde (CNS) e Confederação das Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

interesses de classes em disputa na área da saúde. Em uma conjuntura de crise econômica e política nacional, dá passos decisivos para capitular o SUS, de vez, aos interesses mercantis, “sempre na defesa intransigente do SUS” e dos “interesses dos cidadãos”, visando ao “aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro”. Para isso, precisam ressignificar os princípios do SUS, avançar sobre seu financiamento e quebrar as resistências à integração público-privado, diga-se, capitulá-lo aos interesses do mercado e destruir o caráter público e universal do SUS, tão caro às lutas sociais. A entidade pretende acelerar a subordinação do setor público aos interesses do mercado privado da saúde, com protagonismo no cenário nacional.

Ao mesmo tempo que consta como objetivo, no primeiro livro do ICOS — *Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o Sistema de Saúde* (2017) — assegurar “o cumprimento dos princípios do SUS a partir de atuação coordenada dos setores público e privado”, essa entidade critica o acesso universal do SUS (ICOS, 2017, p. 25), a grande conquista assegurada na Constituição de 1988, que mobilizou muitas forças sociais que representavam os interesses das classes subalternas. Como cumprir os princípios do SUS se a lógica da saúde como mercadoria é antagônica a eles?

Segundo Virginia Fontes (2021, p. 72), os APHEs “têm caráter ‘educativo’, todos atuam na direção da desqualificação dos serviços públicos — sobretudo os de caráter universal”. Ela afirma que as classes dominantes, ao maquiar palavras para confundir os subalternos em sua apreensão do mundo, eliminam discursivamente as determinações efetivas da realidade social para sugerir que tudo não passa de mero “discurso”: “Trata-se de luta de classes, de negar em grande escala a capacidade de traduzir o mundo de forma compreensível, agindo para adular a produção de uma sensibilidade e de uma sociabilidade próprias dos trabalhadores e, acima de tudo, impedir uma organização autônoma”. Acrescenta que “A luta de classes na linguagem envolve, do lado das classes dominantes, uma refinada manipulação ideológica realizada pelos seus intelectuais” (FONTES, 2021, p. 70).

Outro ponto comum nos documentos das referidas entidades é a necessidade de mais investimentos do Governo Federal na área da saúde. O ICOS defende que seja destinado à saúde pelo menos “10% da receita corrente bruta”. Consideram que “é preciso que se fortaleçam os mecanismos de ação de livre mercado para que haja um reequilíbrio financeiro do setor de forma sustentável” (ICOS, 2016a).

Essa sustentabilidade ocorreria pelo fortalecimento das PPPs, das Organizações Sociais de Saúde (OSSs) e das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDPs). Eis a sustentabilidade financeira desejada pelo ICOS: menos SUS público/estatal e mais privatização por dentro do SUS, via captura do fundo público. Para a integração definitiva entre os setores público e privado, a Anahp propõe: “Ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das Políticas Nacionais de Saúde”, de forma que o setor privado, além de funcionar capturando diretamente o fundo público da saúde, passe a formular a política de saúde; “Incentivar o investimento privado na área de saúde” – que

implica a participação de empresas de capital estrangeiro na saúde, liberada em 2015, como já vimos –; “Desenvolver um plano de ação público-privado para a informatização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação”, objetivo reiterado em outros documentos.

O *Resumo executivo* do ICOS de 2016 relata suas atividades junto aos três poderes, demonstrando força de articulação política para levar adiante sua agenda. Ressalta-se que essa mobilização do ICOS acontece no momento em que o golpe jurídico-parlamentar-empresarial está em andamento. Numa reunião com o presidente Temer, apresentam suas propostas uma semana antes da votação do *impeachment* de Dilma Rousseff no Senado Federal. Lottenberg, então presidente do ICOS, comparece à posse de Temer e posa em foto com ele e Ricardo Barros, expressando a força que teriam a partir daquele momento junto ao Governo Federal os empresários da saúde. Estes não mais disputam os rumos da política de saúde brasileira, e sim se propõem a ser os elaboradores dela, buscando concretizar, cada vez mais, seus interesses econômicos na saúde. Os governos de Temer e Bolsonaro foram terrenos férteis para prosperar a agenda dos APHEs.

### **Aprofundamento da expansão do setor privado na saúde nos governos ultraneoliberais de Temer e Bolsonaro**

A burguesia nacional e internacional, para avançar seu projeto de classe sem as travas do governo de pacto entre as classes, orquestrou o golpe jurídico-parlamentar-empresarial de 2016. Com a Emenda Constitucional (EC) nº 95, o governo Temer implantou um novo regime fiscal, que é a constitucionalização do ajuste fiscal, funcional à financeirização do capital, congelando os gastos sociais por vinte anos para liberar recursos para a impagável dívida pública que precisa ser auditada.

A EC nº 93 aumentou a desvinculação dos recursos destinados ao financiamento da Seguridade Social. O aprofundamento das medidas de austeridade fiscal implicou o desfinanciamento das políticas sociais. A retirada de direitos continua acelerada, com a reforma trabalhista, em 2017, e a reforma da Previdência Social, em 2019, entre outras medidas que visam expropriar direitos da classe trabalhadora, flexibilizar leis ambientais e exterminar povos originários em favor de mineradoras, pecuaristas e do agronegócio.

Nesse contexto, a agenda do setor empresarial na área da saúde é ratificada na atuação dos governos e sua hegemonia é fortalecida. No governo Temer, assume a pasta da Saúde, em 2016, Ricardo Barros, que, na sua campanha para deputado federal, em 2014, obteve financiamento de empresário do ramo de planos de saúde. Suas declarações de que “O SUS não cabe na Constituição” e que “quanto mais planos de saúde, melhor” (COLLUCCI, 2016) sinalizam o questionamento ao assegurado constitucionalmente e seu compromisso em fortalecer o mercado dos planos privados de saúde.

Em agosto de 2017, ele edita uma portaria que define um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar uma proposta de plano de saúde “acessível” a ser apresentada ao País, a fim de amenizar a crise de demanda do mercado da saúde suplementar. Observa-se o

protagonismo do setor privado na composição do GT. Associados do ICOS são escalados pelo governo para formular, agora no espaço público, propostas já apresentadas em sua agenda: “Viabilizar modelos mais flexíveis de planos de saúde privados para ampliar o acesso ao cidadão” (ICOS, 2017, p. 70), na perspectiva da desregulamentação do mercado de saúde suplementar presente em vários documentos do Instituto. Houve grande rejeição de setores organizados na sociedade civil que, de forma geral, têm defendido os interesses das classes subalternas: a FNCPS, entidades acadêmicas como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), além do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC). O CNS aprovou moção de repúdio a esses planos populares na sua 291ª Reunião Ordinária. Em setembro de 2017, a ANS desaprovou a proposta de plano acessível de saúde (LUQUES, 2017).

Duas áreas da política de saúde foram mais afetadas do ponto de vista da influência dos interesses privados, ininterruptamente, nos governos devastadores de direitos de Temer e Bolsonaro: a Atenção Básica em Saúde e a Política de Saúde Mental<sup>13</sup> — o desfinanciamento da primeira vem sedimentando caminhos para sua privatização desde 2017.<sup>14</sup>

O primeiro-ministro da Saúde do governo Bolsonaro, Luiz Henrique Mandetta, também tinha fortes vínculos com os planos privados de saúde, havia sido presidente da Unimed e teve sua campanha para deputado federal, em 2014, financiada pela Amil, forte associada do ICOS. Tão crítico quanto os empresários do ICOS ao acesso universal do SUS e defensor da agenda de coparticipação da população usuária, afirmou que iria “provocar” o Congresso a defender o fim da gratuidade universal do SUS, em entrevista ao programa Roda Viva, da TV Cultura, em 27 de maio de 2019.

Na perspectiva do sistema de saúde liberal, em que saúde é um bom negócio, Mandetta assinou junto com o presidente o Decreto nº 10.283, em 20 de março de 2020, para agilizar a privatização da Atenção Básica, com a instituição da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), “serviço social autônomo, na forma de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos” (art. 6º do Decreto nº 10.283/2020).<sup>15</sup> No intuito de acelerar essa privatização, o presidente Bolsonaro emite o Decreto nº 10.530, em 26 de

---

<sup>13</sup> Não desenvolveremos a análise da Política de Saúde Mental neste artigo pela extensão do tema. Ressaltamos, porém, os fortes ataques a essa política do ponto de vista do conservadorismo e do seu desfinanciamento.

<sup>14</sup> As medidas que precarizam essa área foram estabelecidas pelas Portarias 2.436/2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica; e 2.979/2019, que criou o programa Previne Brasil, estabelecendo novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS).

<sup>15</sup> Em 27 de fevereiro de 2020, a ANS lançou o edital do Projeto Cuidado Integral à Saúde, que tem como objetivo subsidiar a implantação de projetos-piloto em APS na saúde suplementar e é destinado às operadoras de planos de saúde. Segundo a ANS, o Projeto é uma fase preparatória para a solicitação, pelas operadoras de planos de saúde, da certificação em APS. Supõe-se que as operadoras consideradas aptas a executar as atividades de atenção primária podem ser as contratadas pela ADAPS para substituir a saúde pública, dentro da lógica privatista adotada pelo governo.

outubro de 2020, inserindo a “atenção primária à saúde no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos da Presidência da República [...]”.

A repercussão negativa desse decreto em todo o País e, principalmente, a gigantesca mobilização nas redes sociais em torno da hashtag #DefendaoSUS,<sup>16</sup> somadas aos pronunciamentos públicos de entidades científicas e movimentos sociais, fizeram Bolsonaro revogar rapidamente o decreto (BOLSONARO..., 2020), o que demonstra a capacidade mobilizadora em defesa do SUS público, especialmente no momento pandêmico, em que a popularidade desse sistema está em alta.

Entretanto, o ministro da Saúde Marcelo Queiroga não deixou dúvidas sobre para qual classe estava trabalhando ao anunciar a necessidade de reformular o SUS.<sup>17</sup> Em 22 de abril de 2021, recebeu em seu gabinete Jorge Moll Filho<sup>18</sup>, presidente da maior rede de hospitais privados do País, a D’Or, e publicou nas redes sociais<sup>19</sup> que estava tratando com ele sobre a reforma do sistema de saúde no Brasil.

Em setembro de 2021, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) aprovou a Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19 (PNSS/Covid-19). Houve manifestações críticas à criação dessa política, pois a política necessária, desde o início da pandemia, era a de enfrentamento da Covid-19 pelo SUS. Esta nunca foi construída ou adotada pelo Governo Federal, pois cada esfera de governo realizou esse enfrentamento de forma autônoma.

A melhor resposta à pandemia não veio do setor privado e muito menos dos planos de saúde, mas do SUS. O CNS fez uma contundente crítica em Nota Pública à PNSS/Covid-19, argumentando que desde o início da pandemia o setor privado, a ANS e o CONSU não conseguiram coordenar nem oferecer respostas suficientes à crise sanitária (CNS, 2021). Não houve cessão de leitos privados disponíveis para atendimento de pacientes em fila única com o SUS nem ampla testagem da Covid-19 para os usuários de planos de saúde. A Nota conclui, assim, que a PNSS/Covid-19 se utiliza da pandemia como justificativa para emplacar uma agenda de fortalecimento do mercado de saúde suplementar em detrimento do SUS.

A reativação e a recomposição do CONSU foram realizadas no governo Bolsonaro pelo Decreto nº 10.236, de 11 de fevereiro de 2020. O Ministério da Saúde deu relevância a esse

---

<sup>16</sup> Segundo a consultoria Arquimedes, 98,5% das mais de 150 mil menções feitas no Twitter sobre o tema foram desfavoráveis ao decreto assinado por Bolsonaro e Paulo Guedes para fomentar “modelos de negócios” nas unidades básicas de saúde. Manifestações no Instagram e no Facebook aconteceram ao longo de todo o dia. Ver Mathias e Torres (2020).

<sup>17</sup> Em maio de 2021, em evento na Fiesp com empresários, Queiroga voltou a falar na necessidade de “reformular o SUS”, integrando a saúde suplementar.

<sup>18</sup> Quarto homem mais rico do país na mais recente lista de bilionários da Forbes (DESIDÉRIO, 2022), Moll Filho elevou sua fortuna de R\$ 11,2 bilhões, em 2021, para R\$ 63,9 bilhões, em 2022, 565% de enriquecimento em um ano de pandemia.

<sup>19</sup> Para o encontro, ver Instagram de Queiroga: <https://www.instagram.com/p/COArbrVJajR/>.

Conselho, composto majoritariamente de ministros de governo, enquanto desprezou o CNS e suas deliberações, que vão de encontro à atuação desse Ministério e do Governo Federal.

A obstinação de Queiroga em favorecer o setor empresarial da saúde, estimulando a competição, aparece novamente em janeiro de 2022 na proposta de “*open health*”, que propõe uma integração de dados financeiros e assistenciais públicos e privados num banco de dados único, por meio da disponibilização pelo SUS de dados dos usuários, para que o setor privado identifique suas potencialidades econômicas e possa captá-los. Essa proposta de integração de dados públicos e privados consta reiteradamente das agendas do ICOS e da Anahp.

### Considerações finais

Desde os anos 1990, houve uma inflexão do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira sobre a relação entre o setor público e o privado na saúde pública, de uma perspectiva de oposição ao setor privado, nos anos 1970 e 1980, para uma posição de subordiná-lo ao sistema público. Cabe enfatizar que no capitalismo não há domesticação da lógica mercantil própria da natureza do setor privado. As tentativas de subordinação do setor privado ao público no SUS não foram e nunca serão suficientes para controlá-lo, porque sua natureza mercantil é incontrolável, busca a valorização do capital em todos os espaços na sociabilidade capitalista.

A progressiva estatização consensuada na 8ª CNS não foi mais pautada por esse movimento, e o fundo público não foi utilizado exclusivamente para o financiamento da expansão da rede pública, como defendido nessa Conferência. Pelo contrário: como exposto, houve uma apropriação crescente desse fundo pelo setor privado, no contexto neoliberal em que bens e serviços públicos se tornam espaços de mercantilização e lucratividade. Os serviços públicos constituíram-se em novas áreas de acumulação do capital. Os empresários da saúde têm avançado em suas pautas junto aos governos, mas manifestam seu incômodo com “a gestão direta”, que consideram “ideológica e ideológicos os grupos que defendem o SUS público e estatal”. Pretendem extinguir as barreiras ideológicas para seu propósito de mercantilizar o SUS e acabar com seu caráter público e universal.

Para consolidar o SUS público e universal será necessário retomar a pauta da estatização da saúde pactuada na 8ª CNS, desvencilhar-se das amarras do setor privado dentro do SUS — que funciona como um hospedeiro, em que o parasita lhe suga o fundo público, desmonta sua estrutura e precariza o trabalho, subtraindo as forças necessárias para o SUS atender às necessidades em saúde da população — e atualizar nas trincheiras de lutas o projeto político emancipatório da reforma sanitária dos anos 1980.

As lutas sociais das classes subalternas pela saúde pública estatal e universal devem estar articuladas às lutas por uma nova hegemonia. Para isso, é central enfrentar o caráter mercantil da saúde como fonte de riqueza, além de criar as condições necessárias para

tornar as relações de forças mais favoráveis às classes subalternas e ao seu projeto, com vistas à sua hegemonia e ao fortalecimento da sua identidade e autonomia, frente à estrutura capitalista imposta como natural (CORREIA, 2017).

Muitos movimentos sociais e sindicais se fortaleceram, se articularam e foram criados durante a pandemia para resistir ao projeto ultraneoliberal e neofascista de Bolsonaro e da classe que o sustenta no poder. A agenda imediata é expurgá-lo do poder. Na saúde, é retomar a pauta da 8ª CNS, atualizando-a, pois a relação do setor público com o setor privado é inconciliável e incompatível com o projeto do SUS público, universal e de qualidade. As trincheiras de lutas estão se fortalecendo, movidas pela “vontade coletiva” com “espírito de cisão” em defesa de um projeto emancipatório que tem, no legado do SUS público e universal, a força para “lesar interesses poderosos e olhar com audácia para o futuro” (BERLINGUER, 1978, p. 21). É necessário livrar-se da lógica mercantil na saúde em defesa da vida.

## Referências

- ALVES, P. K. L. **O protagonismo do Estado na supercapitalização da política de saúde: o fortalecimento da saúde suplementar em debate.** 2021. 89 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/41725/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20P%c3%a2mela%20Karoline%20Lins%20Alves.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- ANAHP. **Livro Branco: Brasil Saúde 2015.** 16 maio 2014. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/noticias/livro-branco-brasil-saude-2015/>. Acesso em: 20 jan. 2021.
- BALESTRIN, F. O ranço ideológico. **O Estado de S. Paulo**, 4 nov. 2015. Disponível em: <https://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-ranço-ideológico--imp,1790671>. Acesso em: 02 fev. 2021.
- BERLINGUER, G. **Medicina e política.** São Paulo: CEBES: Hucitec, 1978.
- BOLSONARO anuncia revogação de decreto para concessão das UBS. **Agência Brasil**, 28 out. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/politica/noticia/2020-10/bolsonaro-anuncia-revogacao-de-decreto-para-concessao-das-ubs>. Acesso em: 30 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 21 maio 2021.

BRAVO, M. I. S. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, A. E. et al. (org.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO, M. I. S. Prefácio. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

CERRI, G. G.; LOTTENBERG, C. L. A hora e a vez de debater saúde. **Folha de S. Paulo**, 19 out. 2014.

COLLUCCI, C. Tamanho do SUS precisa ser revisto, diz novo ministro da Saúde. **Folha de S. Paulo**, 17 maio 2016. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901-tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz-novo-ministro-da-saude.shtml>. Acesso em: 30 out. 2020.

CNS. **NOTA PÚBLICA**: CNS critica proposta de Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento à Covid-19, que afronta princípios e diretrizes do SUS. 17 maio 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1739-nota-publica-cns-critica-proposta-de-politica-nacional-de-saude-suplementar-para-o-enfrentamento-a-covid-19-que-afronta-principios-e-diretrizes-do-sus#:~:text=Sendo%20assim%2C%20o%20CNS%20se,Plataforma%20Participa%20Mais%2C%20do%20governo>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos (org.). Reforma sanitária e contrarreforma da saúde: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, M. V. C. Gramsci e a crítica ao determinismo econômico na relação entre estrutura e superestrutura. In: NASCIMENTO, A.; LEITE, J. de O. (org.). **Gramsci em perspectiva**, Maceió: Edufal, 2017.

CORREIA, M. V. C. O protagonismo do setor privado na saúde pública brasileira. In: CORREIA, M. V. C. (org.). **Política de saúde no Brasil e o fortalecimento do setor privado**: desmonte do SUS público, estatal e universal. Maceió: Edufal: Imprensa Oficial, 2018.

CORREIA, M. V. C. **Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS?** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de (org.). *Saúde na atualidade*: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ: Sirius, 2011, p. 43-49.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos; SILVA, C. M. T. R. da. A privatização do fundo público da saúde: a complementaridade invertida. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos (org.). **Reforma sanitária e contrarreforma da saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: Edufal, 2015.

CORREIA, M. V. C.; SILVA, C. M. T. R. da. A relação entre o setor público e o privado na disponibilização de leitos para o enfrentamento da Covid-19, em Alagoas e no Brasil: lucro

acima da vida. In: CORREIA, M. V. C.; LIMA, A. S. **Determinação Social da saúde e enfrentamento da covid-19: o lucro acima da vida**. Maceió: Edufal, 2021.

DESIDÉRIO, M. Quem é o cardiologista entre os 5 maiores bilionários do país. **Exame**, 17 abr. 2022.

DIAS, E. F. Hegemonia: racionalidade que se faz história. In: DIAS, E. F. et al. *O outro Gramsci*. São Paulo: Xamã, 1996.

FNCPS. **Documento “Contra fatos não há argumentos que sustentem as Organizações Sociais no Brasil”**. Relatório Analítico de Prejuízos à Sociedade, aos Trabalhadores e ao Erário por parte das Organizações Sociais (OSs). 2010. Disponível em: [https://fopspr.files.wordpress.com/2010/10/relnalitico\\_frentecontrasos.pdf](https://fopspr.files.wordpress.com/2010/10/relnalitico_frentecontrasos.pdf). Acesso em: 1 jun. 2021.

FONTES, V. As lutas de classe vistas pelo seu avesso: a subversão reacionária. **Práxis e Hegemonia Popular**, v. 6 n. 8, p. 57-80, 2021.

FONTES, V. Capitalismo filantrópico? Múltiplos papéis dos aparelhos privados de hegemonia empresariais. **Marx e o Marxismo: Revista do NIEP**, v. 8, n. 14, p. 15-35, jan./jun. 2020.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Edição e tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000. v. 3.

HOEVELER, R. O conceito de aparelho privado de hegemonia e seus usos para a pesquisa histórica. **Práxis e Hegemonia Popular**, ano 4, n. 5, p. 145-159, ago./dez. 2019. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/PHP/article/view/10792/6715>. Acesso em: 23 maio 2021.

ICOS. **Coalizão Saúde Brasil: uma agenda para transformar o Sistema de Saúde**. 2017.

ICOS. **Proposta para o Sistema de Saúde Brasileiro**. 2016a.

ICOS. **Resumo executivo**. 2016b.

ICOS. **Resumo executivo**. 2018.

LUQUES, I. ANS desaprova proposta de plano de saúde popular. **Extra**, 13 set. 2017.

MATHIAS, M. **Uma segunda alma para o SUS?** 9 nov. 2016. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/uma-segunda-alma-para-o-sus>. Acesso em: 28 dez. 2020.

MATHIAS, M.; TORRES, R. SUS: governo bateu em retirada. E agora? **Outras Palavras**, 29 out. 2020.

MEDEIROS, S. M. A. **Direção das lutas dos trabalhadores**: o caso da Reforma Sanitária brasileira. 2008. 272 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, 2018.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

OCKÉ-REIS, C. O.; FERNANDES, A. M. P. **Nota técnica n. 48**. Descrição do Gasto Tributário em Saúde – 2003 a 2015. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Ipea, abr. 2018.

Disponível em:

[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/180326\\_NT\\_48\\_Disoc.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/180326_NT_48_Disoc.pdf). Acesso em: 28 dez. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O.; MARTINS, N. M.; DRACH, D. C. **Nota Técnica n. 96. Desempenho econômico-financeiro das operadoras líderes do mercado de planos de saúde (2007-2019)**. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Ipea, ago. 2021. Disponível em:

[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/210818\\_nt\\_disoc\\_n\\_96.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/210818_nt_disoc_n_96.pdf). Acesso em: 10 maio 2022.

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

*Submetido em: 14/6/2022*

*Revisto em: 21/6/2022*

*Aceito em: 15/6/2022*